



Solicitud para Seguro de Salud de AHCCCS Incluyendo KidsCare

Use esta solicitud para pedir seguro médico para usted,
alguien de su familia, o para alguien a quien usted representa.

Arranque las páginas A, B, C, y D para sus archivos.

Servicios Médicos Incluidos		
Visitas al Doctor Consultas con Especialistas Transportación al Doctor* Servicios de Hospital Atención de Emergencia Atención durante el Embarazo Servicios de Podología Cirugía	Vacunas Exámenes Físicos Salud Mental* Planificación Familiar Laboratorio y Rayos X Recetas Médicas Diálisis Exámenes Anuales de "Well Woman" ("Mujeres Sanas")	Lentes* Exámenes de la Vista* Revisión Dental* Tratamiento Dental* Exámenes del Oído* Audífonos**
Vea la página C para más información sobre cómo obtener servicios médicos. *La obtención de estos servicios puede estar limitada de acuerdo al programa.		

Usted también puede usar este formulario para solicitar ayuda con sus pagos de Medicare, coseguro y deducibles si usted tiene o puede tener Medicare. Esto se llama **Medicare Cost Sharing** (Gastos Compartidos de Medicare).

Especialistas en elegibilidad de AHCCCS, DES, o KidsCare revisarán su solicitud para Seguro de Salud de AHCCCS. Ellos se comunicarán con usted si necesitan más información. Puede ser que necesiten entrevistarlos/a a usted personalmente o por teléfono.

¿Cuánto le cuesta el Seguro de Salud de AHCCCS?

Cuotas

La mayoría de la gente no tiene que pagar una cuota mensual por el Seguro de Salud de AHCCCS. Algunas personas con ingresos muy altos que no tienen derecho al Seguro de Salud de AHCCCS sin cuotas mensuales pueden obtenerlo pagando una cuota mensual. Si usted tiene que pagar una cuota, las cantidades de las cuotas son:

- \$10 - \$35 por hogar para todos los niños
- \$15 - \$25 por padre/madre (Este seguro de salud puede ser suspendido si no hay financiamiento disponible.)
- \$10 - \$35 por persona para personas empleadas que tienen discapacidades

Si usted necesita pagar una cuota a AHCCCS, nosotros le enviaremos una carta con la cantidad y la fecha de pago de la cuota.

Pagos Complementarios

Un pago complementario es la cantidad que usted le paga a un proveedor de cuidados de salud cuando usted recibe un servicio médico. La cantidad de su pago complementario variará de acuerdo al programa de AHCCCS con el que usted esté inscrito. Los pagos complementarios por servicios son los siguientes:

- Medicamentos Genéricos Recetados \$0 a \$4
- Medicamentos con Nombre Comercial Recetados (cuando el Genérico está disponible) \$0 a \$10
- Uso de la Sala de Emergencias para un uso que no es de emergencia \$0 a \$30
- Visitas al doctor \$0 a \$5

Solicitudes para Niños o para Niños y Adultos

Si tiene preguntas o si necesita un intérprete, llame al (602) 417-5437 desde los códigos de áreas 480, 602 ó 623 ó llame al número gratis 1-877-764-5437 desde los códigos de áreas 520 ó 928.

Llene y envíe solo páginas 1 - 7 a:

920 E. Madison, MD 500
Phoenix, Arizona 85034

Solicitudes Sólo para Adultos

Si tiene preguntas o si necesita un intérprete, llame al (602) 417-5437 desde los códigos de áreas 480, 602 ó 623 ó llame al número gratis 1-877-764-5437 desde los códigos de áreas 520 ó 928.

Llene y envíe solo páginas 1 - 7 a:

1209 E. Washington, MD 4900
Phoenix, Arizona 85034



Arranque esta página para sus archivos

Instrucciones para Completar Esta Solicitud

¿A quién puede incluir en la solicitud?:

Si usted está solicitando para **usted, su cónyuge, o hijos/as (menores de 19 años) en su familia**, incluya información sobre usted y todos los que viven con usted y son:

- Su cónyuge;
- Su hijo/a (incluya su hijastro/a);
- Los/as hijos/as de su(s) hijo/a(s);
- El/La cónyuge de su hijo/a;
- El otro padre de su hijo/a; y
- Su(s) padre(s) si usted tiene menos de 19 años de edad;
- Un/a niño/a que es familia suya y al/a la que usted cuida, y
- Su hijo/a estudiante de 19 a 21 años de edad.

Incluya a una persona que normalmente vive con usted pero que no está viviendo con usted temporalmente pues la persona está trabajando o es un niño que está yendo a la escuela.

Si alguna persona incluida en esta solicitud está embarazada, asegúrese de informarnoslo. En algunos programas, los niños que aún no han nacido se cuentan como miembros del hogar, lo que le permite a la familia tener un límite de ingresos más alto.

Si usted está solicitando para **alguien que no esté incluido en la lista de arriba** (su padre/madre, hijo/a que tiene 19 años o más, abuelo/a, amigo/a, etc.), llene otra solicitud. Incluya a las personas que son familia de la persona por la cual usted está solicitando (vea la lista de arriba). La persona por la que usted está solicitando necesita o firmar la solicitud en la página 7 o completar la Sección F en la página 1.

Para acelerar el proceso de su solicitud, envíe la información que se pide a continuación junto con su solicitud.

- Salarios:** Copias de talonarios de cheques o declaraciones de su patrón donde aparezcan los ingresos antes de las deducciones del mes pasado y del mes actual de cualquier persona incluida en la lista de esta solicitud. Si a usted le pagan de acuerdo a un contrato, envíe una copia del contrato. Si alguna persona incluida en la solicitud fue despedida de su trabajo en los últimos dos meses, envíe una prueba del último día en que trabajó y de la cantidad antes de impuestos que recibió en su último pago.
 - Trabajo por Cuenta Propia:** Copias de declaraciones de impuestos Federales actuales: 1040, SE y anexos correspondientes como C, C-EZ, E, F, K-1, o pruebas de ingresos de negocios y gastos del último mes calendario. Pruebas de ingresos de negocios pueden ser anotaciones, diarios o informes financieros que indiquen la fecha en la que se recibieron los ingresos y la cantidad de los ingresos. Pruebas de gastos de negocios incluyen recibos, cobros o cheques cancelados que indiquen la fecha, la cantidad y el tipo de gasto.
 - Manutención de Menores:** Copias de órdenes judiciales o historial de pagos de manutención de menores.
 - Otros Ingresos:** Pruebas de cualquier otro ingreso o dinero recibido durante este mes o el último mes, provenientes de cualquier fuente o por cualquier razón. Esto incluye cartas de la Oficina de Administración del Seguro Social, de la Oficina de Administración de Veteranos, de Pensiones del Ferrocarril u otras jubilaciones o pensiones por discapacidad.
 - Recursos:** Algunos programas tienen un límite de recursos. Pueda ser que le pidan que envíe prueba de sus recursos.
 - Seguro de Salud:** Copias de tarjetas de identificación de seguros para personas que solicitan pero que tienen otro seguro de salud en la actualidad. Algunos programas requieren un período sin seguro de salud antes de la obtención de derechos.
 - Ciudadanía:** Copias de ambos lados de los documentos de ciudadanía o inmigración, en el caso de personas que desean Seguro de Salud de AHCCCS y que no nacieron en los Estados Unidos o sus territorios. **Recibir Seguro de Salud de AHCCCS (excepto para cuidados en casas de reposo) no afectará la condición de inmigrante de ninguna persona. AHCCCS no le enviará ninguna información al United States Citizenship and Immigration Services (Servicios de Ciudadanía y Migración de los Estados Unidos, cuyas siglas en inglés son USCIS, anteriormente INS).**
 - Cuidado de Personas:** Prueba de la cantidad cobrada por cuidado de niño o adulto discapacitado para que un adulto en el hogar pueda trabajar.
 - Embarazo:** Una carta firmada por su doctor o enfermero/a indicando la fecha en que se supone que usted va a dar a luz.
 - Plan de Salud:** **Escoja un plan de salud que esté entre los planes en la siguiente página.** Le podemos ayudar si tiene alguna pregunta sobre la inscripción a un plan de salud de AHCCCS, si necesita un intérprete, o si usted tiene problemas visuales o auditivos y necesita arreglos especiales para escoger un plan de salud o para entender esta información. Si usted llama desde los códigos de áreas 480, 602 o 623, llame al **(602) 417-7100 o TDD (602) 417-4191**, o desde los códigos de áreas 520 o 928, llame gratis al **1-800-334-5283 TDD 1-800-826-5140**.
- Si usted tiene aprobación para Seguro de Salud de AHCCCS, usted recibirá sus cuidados de salud de un Plan de Salud de AHCCCS a menos que:
- Usted sea un/a Indígena Americano/a y usted escoja Indian Health Services (IHS) como su plan de salud
 - Usted esté solicitando ayuda con sus costos de Medicare. Si usted tiene aprobación para uno de los programas de Medicare Cost Sharing (Gastos Compartidos de Medicare), AHCCCS puede pagarle sus cuotas de Medicare y sus pagos complementarios y deducibles de Medicare, o
 - AHCCCS le pague solamente por sus servicios de emergencia debido a su situación con el Servicios de Ciudadanía y Migración de los Estados Unidos. Si usted tiene aprobación solamente para servicios de emergencia, usted puede recibir servicios médicos de cualquier proveedor (doctor, hospital, etc.) que tenga un acuerdo para mandarle los cobros de los servicios de emergencia a AHCCCS.
- **Por favor conteste todas las preguntas. Use un lapicero y letra de molde clara al contestar.**

Usted debe escoger un Plan de Salud que trabaje en su condado ó IHS. Anote su escogencia en la página 1.

- **USTED NECESITA ESCOGER UN PLAN DE SALUD QUE OFRECE SERVICIOS EN SU CONDADO.** Todos los planes de salud de AHCCCS suministran servicios que están cubiertos y que aparecen en la lista de la página A. Si usted tiene aprobación solamente para servicios de emergencia o solamente Medicare Cost Sharing, usted no será inscrito/a en un Plan de Salud de AHCCCS.
- Revise los planes de salud para su condado que están en la lista de abajo. Si usted es un/a Indígena Americano/a y puede recibir servicios de IHS, usted puede escoger IHS o un Plan de Salud de AHCCCS.
- Antes de escoger, consulte con su doctor, farmacia u hospital, para ver si ellos tienen un contrato con (trabajan con) el plan que usted desea. Si usted desea más información sobre los doctores, especialistas u hospitales que tienen un contrato con un plan de salud que trabaja en su condado, llame al número para el plan de salud que aparece en la lista de abajo o pregúntele a su Especialista en Determinación de Derechos para que le enseñe la lista de proveedores de cuidados de salud de su plan de salud.
- Seleccione un plan de salud. Si usted no escoge un plan de salud, se le asignará uno. Si usted ha sido inscrito/a en un plan de salud de AHCCCS en los últimos 90 días, usted puede inscribirse con su plan de salud anterior.

APACHE COUNTY

Arizona Physicians, IPA.....	1-800-348-4058
Health Choice.....	1-800-322-8670
Indian Health Service.....	928-729-7001

Si su código postal es 85943, usted debe escoger entre los planes de la lista del Condado Navajo.

COCHISE COUNTY

Arizona Physicians, IPA.....	1-800-348-4058
Mercy Care Plan.....	1-800-624-3879
Indian Health Service.....	520-295-2495

COCONINO COUNTY

Arizona Physicians, IPA.....	1-800-348-4058
Health Choice.....	1-800-322-8670
Indian Health Service.....	928-283-2501

Si su código postal es 86336 ó 86340, usted debe escoger entre los planes de la lista del Condado Yavapai.

GILA COUNTY

PHP/Community Connection.....	1-800-747-7997
Health Choice.....	1-800-322-8670
Indian Health Service.....	928-475-2371

GRAHAM COUNTY

Arizona Physicians, IPA.....	1-800-348-4058
Mercy Care Plan.....	1-800-624-3879
Indian Health Service.....	928-475-2686

Si su código postal es 85643, usted debe escoger entre los planes de la lista del Condado Cochise.

GREENLEE COUNTY

Arizona Physicians, IPA.....	1-800-348-4058
Mercy Care Plan.....	1-800-624-3879
Indian Health Service.....	928-475-2371

LA PAZ COUNTY

Arizona Physicians, IPA.....	1-800-348-4058
Mercy Care Plan.....	1-800-624-3879
Indian Health Service.....	928-669-2137

MARICOPA COUNTY

PHP/Community Connection.....	1-800-747-7997
Care 1st.....	1-866-560-4042
Health Choice Arizona.....	1-800-322-8670

Arizona Physicians, IPA.....	1-800-348-4058
Mercy Care Plan.....	1-800-624-3879
Maricopa Health Plan.....	1-800-582-8686
Indian Health Service.....	602-263-1200

MOHAVE COUNTY

Arizona Physicians, IPA.....	1-800-348-4058
Health Choice.....	1-800-322-8670
Indian Health Service.....	928-769-2204

Si su código postal es 86434, usted debe escoger entre los planes de la lista del Condado Yavapai.

NAVAJO COUNTY

Arizona Physicians, IPA.....	1-800-348-4058
Health Choice.....	1-800-322-8670
Indian Health Service.....	928-338-4911

PIMA COUNTY

Arizona Physicians, IPA.....	1-800-348-4058
Health Choice Arizona.....	1-800-322-8670
Mercy Care Plan.....	1-800-624-3879

Pima Health System.....	1-800-423-3801
University (sólo para personas que están inscritas en este momento).....	1-888-708-2930
Indian Health Service.....	520-295-2495

Si su código postal es 85645, usted debe escoger entre los planes de la lista del Condado Santa Cruz.

PINAL COUNTY

PHP/Community Connection.....	1-800-747-7997
Health Choice.....	1-800-322-8670
Indian Health Service.....	520-562-3321

Si su código postal es 85342 ó 85220, usted debe escoger entre los planes de la lista del Condado Maricopa. Si su código postal es 85292 usted debe escoger entre los planes de la lista del Condado Gila.

SANTA CRUZ COUNTY

Arizona Physicians, IPA.....	1-800-348-4058
Pima Health.....	1-800-423-3801
Indian Health Service.....	520-295-2495

YAVAPAI COUNTY

Arizona Physicians, IPA.....	1-800-348-4058
Mercy Care Plan.....	1-800-624-3879
Indian Health Service.....	602-263-1200

Si su código postal es 85342, 85358 ó 85390, usted debe escoger entre los planes de la lista del Condado Maricopa. Si su código postal es 86351 usted debe escoger entre los planes de la lista del Condado Coconino.

YUMA COUNTY

Arizona Physicians, IPA.....	1-800-348-4058
Mercy Care Plan.....	1-800-624-3879
Indian Health Service.....	760-572-0217

¿Cómo funciona un Plan de Salud?

- Un plan de salud de AHCCCS es como una organización de mantenimiento de la salud (cuyas siglas en inglés son HMO).
- El plan de salud trabaja con los proveedores de cuidados de salud (doctores, hospitales, farmacias, etc.) para suministrar todos los servicios que están cubiertos por AHCCCS.
- El plan de salud le enviará un manual para miembros en cuanto usted esté inscrito/a.
- Usted puede llamar al plan de salud si tiene cualquier pregunta sobre sus beneficios o servicios o si necesita acomodo especial debido a una discapacidad o los servicios de un intérprete. Puede encontrar el número de teléfono para servicios a miembros o clientes en su Tarjeta de Identificación de AHCCCS y en su Manual para Miembros.

Su Doctor Principal y Especialistas

- Usted debe seleccionar su doctor principal o si no se le asignará uno.
- Una vez inscrito/a, usted recibirá una lista de doctores principales en su área de su plan de salud.
- Su doctor principal:
 - Se encargará de sus cuidados de salud.
 - Será la primera persona a la que usted vaya para recibir cuidados médicos que no sean de emergencia.
 - Será responsable de autorizarle sus servicios médicos que no son de emergencia.
 - Lo/la enviará a ver a un especialista cuando esto sea necesario.
- Usted tiene el derecho de cambiar su doctor principal en cualquier momento llamando a los servicios para miembros o clientes de su Plan de Salud.

¿Cómo puedo obtener Servicios de Salud Mental?

- Usted puede hacerlo por medio de su doctor principal, o
- Llame al teléfono para salud mental que aparece en su Tarjeta de Identificación de AHCCCS.

Su Tarjeta de Identificación de AHCCCS

- Su Tarjeta de Identificación de AHCCCS tiene su número de Identificación de AHCCCS único.
- Presente la tarjeta cuando usted obtenga cuidados médicos (puede ser que usted necesite enseñar también una identificación con foto).
- Doctores, hospitales y farmacéuticos usan su Tarjeta de Identificación de AHCCCS para obtener verificación de sus derechos en forma más rápida.
 - Lleve su Tarjeta de Identificación de AHCCCS con usted todo el tiempo.
 - Guarde su Tarjeta de Identificación de AHCCCS en un lugar seguro.
 - No deje que nadie más use su Tarjeta de Identificación de AHCCCS o será perjudicado.
 - ¿Qué pasa si yo tengo Medicare u otro seguro de salud?
 - Asegúrese de informarle a su plan de salud que usted tiene Medicare o cualquier otro seguro de salud.
- Si su doctor no tiene un contrato con un plan de salud de AHCCCS, su doctor debe llamar al plan de salud de AHCCCS para coordinar los cuidados o usted puede ser responsable de cualquier pago suplementario o deducibles de Medicare o de otro seguro de salud.
- Si usted está en un HMO, usted debe seleccionar un doctor que trabaje tanto para su HMO como para su plan de salud de AHCCCS.
- Si usted obtiene sus recetas de medicamentos en una farmacia que trabaja con su plan de salud de AHCCCS, puede ser que no tenga que hacer pagos complementarios de Medicare o de otro seguro de salud. Llame a su plan de salud de AHCCCS para saber cual es su costo.

Arranque esta página para sus archivos

Explicación sobre sus derechos

Esta sección le explica sus derechos. Léala cuidadosamente.

No Discriminan

AHCCCS y DES no discriminan a las personas por motivos de discapacidad en la admisión a, acceso a, u operación de sus programas, actividades, servicios o en sus prácticas de empleo. AHCCCS y DES cumplen con los requisitos establecidos por la ley de protección a Americanos Discapacitados (Americans with Disabilities Act) de 1990. Si usted tiene problemas visuales o auditivos y necesita un acomodo o necesita un formato diferente para completar esta solicitud, por favor comuníquese con el/la Coordinador/a de Americans With Disabilities Act (Ley de Americanos con Discapacidades) de AHCCCS al 602-417-4014 ó 1-800-654-8713, ext. 74014.

Reporte de Cambios

En el caso de que alguna información que usted nos haya dado en esta solicitud cambie antes de que usted reciba una decisión, llame al (602) 417-5010 en el área de Phoenix o llame gratis al 1-800-528-0142 en todo el estado. Fíjese en su carta de decisión sobre más información concerniente a cómo reportar cambios.

Estado de Ciudadanía e Inmigración

Cualquier persona que desea un Seguro de Salud de AHCCCS (con la excepción de servicios médicos de emergencia) debe darnos información sobre su ciudadanía o estado de inmigración. Las personas que no son ciudadanos deben suministrar copias de cualquier tarjeta o carta del USCIS (anteriormente INS). Es posible que necesitemos verificar los documentos de inmigración con el USCIS (anteriormente INS), pero **nosotros no compartiremos la información al USCIS (anteriormente INS)**. Si usted solicita o recibe Seguro de Salud de AHCCCS (con la excepción de cuidados en casas de reposo), esto no pondrá en peligro el estado de inmigración de ninguna persona en su hogar. Usted no necesita darnos información sobre la ciudadanía, el estado de inmigración o el lugar de nacimiento, o suministrarnos documentos de ninguna persona en su hogar **que no esté solicitando** Seguro de Salud de AHCCCS.

Números del Seguro Social

Cualquier persona que solicita Seguro de Salud de AHCCCS debe darnos el número de su Seguro Social o solicitar uno. Si usted no tiene un número de Seguro Social, nosotros podemos ayudarlo/a a solicitar uno. Nosotros no necesitamos un número de Seguro Social de una persona que no está solicitando Seguro de Salud de AHCCCS pero usted puede suministrarlo voluntariamente. Suministrar todos los números de Seguro Social nos ayudará a verificar los ingresos de la familia. Nosotros utilizamos los números de Seguro Social para comparar con otras agencias estatales y federales y para revisar sus ingresos y ver si usted tiene Medicare. También los utilizamos para asegurarnos que usted no haya sido aprobado para Seguro de Salud de AHCCCS más de una vez al mismo tiempo. Inmigrantes que no pueden obtener un número de Seguro Social en forma legal no están en la obligación de suministrar uno. Nosotros no usaremos su número de Seguro Social como su número de identificación de AHCCCS.

Derechos de Audiencia

Usted tiene el derecho de solicitar una audiencia si

- usted suministró toda la información y pruebas requeridas y a usted no se le ha informado por escrito si su solicitud ha sido aprobada o rechazada en un período de 45 días (ó 90 días si se necesita tomar una determinación sobre discapacidad),
- rechazamos su solicitud, suspendemos o reducimos sus servicios, o
- usted no está de acuerdo con respecto a la cantidad de sus primas o a un aumento en sus primas, si se requiere una prima.

El aviso que AHCCCS o DES le envía le dirá cómo puede solicitar una audiencia, la fecha en la que usted debe solicitar una audiencia, y le pedirá dar la razón por la que usted quiere tener una audiencia.

Derechos de Privacidad

El personal de AHCCCS o DES no le informará a nadie lo que usted nos dice en esta solicitud a menos que usted nos dé permiso o que esté autorizado por ley estatal y federal.

Advertencia

Oficiales federales, estatales y locales pueden revisar la veracidad de la información que usted suministra en esta solicitud. Usted no debe guardarse ninguna información a sabiendas o suministrar información falsa para recibir o continuar recibiendo Seguro de Salud de AHCCCS. Si algo que usted nos dice en esta solicitud es incorrecto, nosotros podemos rehusarle o suspenderle el Seguro de Salud de AHCCCS. Nosotros le pediremos que nos suministre pruebas adicionales de cualquier declaración que usted haga en su solicitud que no coincida con información que obtenemos de otras fuentes. Si usted y/o su apoderado/a suministran información falsa a sabiendas, a usted y/o a su apoderado/a se les interpondrá una acción judicial penal, lo que puede resultar en multas, reclusión y/o diferentes sanciones de acuerdo a la ley estatal o federal. También se le puede pedir que le pague a AHCCCS por el Seguro de Salud de AHCCCS que usted recibió durante el tiempo en que usted no era elegible.

Cooperación con AHCCCS y con el Departamento de Seguridad Económica (cuyas siglas en inglés son DES) para Procesar su Solicitud

La Administración de AHCCCS o DES decidirá si usted puede obtener Seguro de Salud de AHCCCS. De acuerdo con leyes federales y estatales, una persona que es elegible para Medicaid no puede ser aprobada para KidsCare o para el Programa de Gastos Compartidos. Si alguien en la lista de esta solicitud puede ser elegible para Medicaid, su solicitud será completada por DES o por AHCCCS. A usted se le puede solicitar más información. Si usted no suministra la información o pruebas requeridas, su solicitud para Seguro de Salud de AHCCCS no podrá ser aprobada.

Para más información sobre sus obligaciones, vea la página 7.



Solicitud para Seguro de Salud de AHCCCS

Por favor llene páginas 1 - 7.

Date Received

A. Escriba el nombre, la dirección y el número de teléfono del/de la solicitante o del adulto responsable si es que está solicitando por un menor.

Nombre de la persona que solicita o del adulto responsable					
Dirección de la Casa	APT#	Ciudad	Estado	Código Postal	Condado
Dirección Postal	APT#	Ciudad	Estado	Código Postal	
Teléfono de la Casa	Teléfono del Trabajo		Teléfono para mensajes o Teléfono Celular		

B. ¿Qué idioma habla? Inglés Español Otro _____

¿Qué idioma lee usted? Inglés Español Otro _____

C. ¿Alguna persona incluida en esta solicitud está embarazada? Si está embarazada, hay un límite de ingresos más alto.
 No Sí Si Sí, quién _____ ¿Para cuándo espera el bebé? _____ ¿Cuántos bebés espera _____

D. Escriba el nombre del plan de salud que presta servicios en su condado. Las escogencias de planes de salud se encuentran en una lista en la página D.

Mi selección de plan de salud es:

⇒ Si usted desea que otra persona lo represente, llene la sección E. De no ser así, pase a la página 2. ⇐

E. Si usted desea que otra persona lo represente o si usted tiene un tutor legal, suministre la información a continuación.

Nombre del/de la Apoderado/a					
Dirección del domicilio del/de la Apoderada	APT#	Ciudad	Estado	Código Postal	Condado
Dirección Postal del/de la Apoderado/a	APT#	Ciudad	Estado	Código Postal	
Número de Teléfono del Domicilio del/de la Apoderado/a	Segundo Teléfono del/de la Apoderado/a (voz, mensaje, celular)		Otro Teléfono del/de la Apoderado/a (voz, mensaje, celular)		
Al firmar abajo, yo:					
<ul style="list-style-type: none"> • Autorizo a mi apoderado/a a completar y firmar mi solicitud; • Autorizo a mi apoderado/a a suministrar cualquier documento que se solicite, incluyendo información personal; • Autorizo a mi apoderado/a a firmar en nombre mío para permitir que otras personas, negocios o agencias le suministren mi información personal a AHCCCS; • Doy permiso a AHCCCS o a DES para informar a mi representante sobre mi derecho y • Estoy de acuerdo en darle información personal a mi apoderado/a. 					
Firma del/de la Solicitante (no se necesita si usted tiene un guardián legal o si usted no puede firmar debido a que está incapacitado/a)					Fecha

F. Hospital/Organización/Sólo para Uso de la Agencia Inpatient Treat & Release

Provide the information below if you wish to receive information about this applicant's eligibility. AHCCCS cannot share information about this applicant without the applicant's written permission.

Hospital/Hospital's Agent/Organization/Agency	Contact Person	Telephone number
Address		City, State, Zip

Autorizo al personal de AHCCCS, KidsCare o DES a suministrarle al hospital, agente del hospital, organización o agencia que aparece arriba la información a continuación:

- que yo he solicitado un Seguro de Salud de AHCCCS;
- la información o prueba necesaria para verificar si puedo obtener un Seguro de Salud de AHCCCS; y
- si me han aprobado o rehusado un Seguro de Salud de AHCCCS si fue rehusado, la razón.

Firma del solicitante	Fecha
-----------------------	-------

Solo para el Uso de la Agencia de Elegibilidad

Source Code/Referral Source	Case #	AHCCCS Tracking #
-----------------------------	--------	-------------------

G. Complete la información sobre los adultos (19 años de edad o mayores) del hogar. Vea la página C para saber a quién incluir en la solicitud.

↓ PREGUNTAS ↓	↓ Adulto 1 ↓	↓ Adulto 2 ↓	↓ Adulto 3 ↓
1. Nombre Escriba sus respuestas a todas las preguntas en la siguiente columna.	Nombre _____ Seg. Nom. _____	Nombre _____ Seg. Nom. _____	Nombre _____ Seg. Nom. _____
	Apellido _____	Apellido _____	Apellido _____
	Otro(s) nombre(s) usados _____	Otro(s) nombre(s) usados _____	Otro(s) nombre(s) usados _____
2. Fecha de Nacimiento	____/____/____	____/____/____	____/____/____
3. # del Seguro Social (opcional para personas que no están solicitando)	_____	_____	_____
4. Sexo	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
5. Estado Civil	<input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Viudo/a	<input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Viudo/a	<input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Viudo/a
6. Origen étnico (Opcional)	<input type="checkbox"/> Hispano(a)/Latino(a) <input type="checkbox"/> No Hispano(a)/Latino(a)	<input type="checkbox"/> Hispano(a)/Latino(a) <input type="checkbox"/> No Hispano(a)/Latino(a)	<input type="checkbox"/> Hispano(a)/Latino(a) <input type="checkbox"/> No Hispano(a)/Latino(a)
7. Raza (seleccione uno o varios) (Opcional)	<input type="checkbox"/> Blanco/a <input type="checkbox"/> Negro/Afro Americano(a) <input type="checkbox"/> Asiático/a <input type="checkbox"/> Indígena de Alaska <input type="checkbox"/> Indígena Americano Tribu: _____ <input type="checkbox"/> Hawaiano(a) o de otra Isla del Pacífico	<input type="checkbox"/> Blanco/a <input type="checkbox"/> Negro/Afro Americano(a) <input type="checkbox"/> Asiático/a <input type="checkbox"/> Indígena de Alaska <input type="checkbox"/> Indígena Americano Tribu: _____ <input type="checkbox"/> Hawaiano(a) o de otra Isla del Pacífico	<input type="checkbox"/> Blanco/a <input type="checkbox"/> Negro/Afro Americano(a) <input type="checkbox"/> Asiático/a <input type="checkbox"/> Indígena de Alaska <input type="checkbox"/> Indígena Americano Tribu: _____ <input type="checkbox"/> Hawaiano(a) o de otra Isla del Pacífico
8. ¿Esta persona vive en Arizona?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
9. ¿Está esta persona solicitando Seguro de Salud de AHCCCS?	<input type="checkbox"/> Sí Si no es así, usted no necesita contestar las preguntas de la 10 a la 17 de esta página para esta persona. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Solamente sin una cuota Si usted marca "Solamente sin una cuota", no consideraremos esta solicitud para programas que requieren una cuota.	<input type="checkbox"/> Sí Si no es así, usted no necesita contestar las preguntas de la 10 a la 17 de esta página para esta persona. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Solamente sin una cuota Si usted marca "Solamente sin una cuota", no consideraremos esta solicitud para programas que requieren una cuota.	<input type="checkbox"/> Sí Si no es así, usted no necesita contestar las preguntas de la 10 a la 17 de esta página para esta persona. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Solamente sin una cuota Si usted marca "Solamente sin una cuota", no consideraremos esta solicitud para programas que requieren una cuota.
10. ¿Esta persona tiene Medicare?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
11. Si esta persona tiene Medicare, ¿desea esta persona ayudar a pagar los Costos de Medicare?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Eso es todo lo que quiero	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Eso es todo lo que quiero	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Eso es todo lo que quiero
12. Lugar de Nacimiento	<input type="checkbox"/> EE.UU. <input type="checkbox"/> Otro País _____	<input type="checkbox"/> EE.UU. <input type="checkbox"/> Otro País _____	<input type="checkbox"/> EE.UU. <input type="checkbox"/> Otro País _____
13. Estado de Ciudadanía de los EE.UU.	<input type="checkbox"/> Sí, un ciudadano de los EE.UU. <input type="checkbox"/> No, no es un ciudadano de los EE.UU. Si no, ¿cuál es el número en su tarjeta de inmigración? ID# A _____	<input type="checkbox"/> Sí, un ciudadano de los EE.UU. <input type="checkbox"/> No, no es un ciudadano de los EE.UU. Si no, ¿cuál es el número en su tarjeta de inmigración? ID# A _____	<input type="checkbox"/> Sí, un ciudadano de los EE.UU. <input type="checkbox"/> No, no es un ciudadano de los EE.UU. Si no, ¿cuál es el número en su tarjeta de inmigración? ID# A _____
14. ¿Trabaja esta persona o su cónyuge para una agencia del estado?	<input type="checkbox"/> Sí Si Sí, ¿nombre de la agencia? _____ <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí Si Sí, ¿nombre de la agencia? _____ <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí Si Sí, ¿nombre de la agencia? _____ <input type="checkbox"/> No
15. ¿Esta persona se encuentra impedida para trabajar debido a una condición médica o mental o por enfermedad?	<input type="checkbox"/> Sí ¿Ultimo día en que trabajó? ____/____/____ ¿Cuándo podrá esta persona volver a trabajar? _____ <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí ¿Ultimo día en que trabajó? ? ____/____/____ ¿Cuándo podrá esta persona volver a trabajar? _____ <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí ¿Ultimo día en que trabajó? ____/____/____ ¿Cuándo podrá esta persona volver a trabajar? _____ <input type="checkbox"/> No
16. ¿Esta persona o el/la cónyuge de esta persona o su cónyuge fallecido/a trabajó alguna vez para una agencia gubernamental o para un patrón con plan de pensión?	<input type="checkbox"/> Sí Si Sí, ¿cuál es el nombre de la compañía? _____ <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí Si Sí, ¿cuál es el nombre de la compañía? _____ <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí Si Sí, ¿cuál es el nombre de la compañía? _____ <input type="checkbox"/> No
17. ¿Esta persona o el/la cónyuge de esta persona o su cónyuge fallecido es o fue veterano?	<input type="checkbox"/> Sí Si Sí, ¿en cuál rama del servicio militar? _____ # de ID Militar: _____ Fechas de Servicio: _____ <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí Si Sí, ¿en cuál rama del servicio militar? _____ # de ID Militar: _____ Fechas de Servicio: _____ <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí Si Sí, ¿en cuál rama del servicio militar? _____ # de ID Militar: _____ Fechas de Servicio: _____ <input type="checkbox"/> No

Notas

H. Suministre información sobre todos los niños menores de 19 años en el hogar. Si hay más de cuatro niños en su hogar, por favor adjunte una página adicional para los demás niños y suministre la información que se pregunta a continuación.

↓ PREGUNTAS ↓	↓ Hijo/a 1 ↓	↓ Hijo/a 2 ↓	↓ Hijo/a 3 ↓	↓ Hijo/a 4 ↓
1. Nombre del/de la hijo/a	Nombre _____ Seg. Nom. _____			
	Apellido _____	Apellido _____	Apellido _____	Apellido _____
2. Fecha de Nacimiento	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____
3. # del Seguro Social (opcional para personas que no están solicitando)				
4. Sexo	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer			
5. Estado Civil	<input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Viudo/a Nombre del/de la Cónyuge: _____	<input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Viudo/a Nombre del/de la Cónyuge: _____	<input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Viudo/a Nombre del/de la Cónyuge: _____	<input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Viudo/a Nombre del/de la Cónyuge: _____
	6. Nombre del (de los) padre(s) del/de la menor que vive(n) en el hogar con el/la menor y si no lo(s) hay, nombre del familiar y su relación con el menor.	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padrastro Otro Familiar _____ Relación _____	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padrastro Otro Familiar _____ Relación _____	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padrastro Otro Familiar _____ Relación _____
7. Origen étnico (Opcional)	<input type="checkbox"/> Hispano(a)/Latino(a) <input type="checkbox"/> No Hispano(a)/Latino(a)			
8. Raza (seleccione uno o varios) (Opcional)	<input type="checkbox"/> Blanco/a <input type="checkbox"/> Indígena de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático/a <input type="checkbox"/> Negro/Afro Americano(a) <input type="checkbox"/> Indígena Americano Tribu: _____ <input type="checkbox"/> Hawaiano(a) o de otra Isla del Pacífico	<input type="checkbox"/> Blanco/a <input type="checkbox"/> Indígena de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático/a <input type="checkbox"/> Negro/Afro Americano(a) <input type="checkbox"/> Indígena Americano Tribu: _____ <input type="checkbox"/> Hawaiano(a) o de otra Isla del Pacífico	<input type="checkbox"/> Blanco/a <input type="checkbox"/> Indígena de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático/a <input type="checkbox"/> Negro/Afro Americano(a) <input type="checkbox"/> Indígena Americano Tribu: _____ <input type="checkbox"/> Hawaiano(a) o de otra Isla del Pacífico	<input type="checkbox"/> Blanco/a <input type="checkbox"/> Indígena de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático/a <input type="checkbox"/> Negro/Afro Americano(a) <input type="checkbox"/> Indígena Americano Tribu: _____ <input type="checkbox"/> Hawaiano(a) o de otra Isla del Pacífico
	9. ¿Es el/la menor residente de Arizona?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
10. ¿Recibe este niño manutención de menores?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cantidad: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cantidad: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cantidad: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cantidad: _____
11. ¿Está solicitando Seguro de Salud para este/a niño/a?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si no es así, usted no necesita contestar las preguntas de la 10 a la 17 de esta página para esta persona. <input type="checkbox"/> Solamente sin una cuota Si usted marca "Solamente sin una cuota", no consideraremos esta solicitud para programas que requieren una cuota.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si no es así, usted no necesita contestar las preguntas de la 10 a la 17 de esta página para esta persona. <input type="checkbox"/> Solamente sin una cuota Si usted marca "Solamente sin una cuota", no consideraremos esta solicitud para programas que requieren una cuota.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si no es así, usted no necesita contestar las preguntas de la 10 a la 17 de esta página para esta persona. <input type="checkbox"/> Solamente sin una cuota Si usted marca "Solamente sin una cuota", no consideraremos esta solicitud para programas que requieren una cuota.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si no es así, usted no necesita contestar las preguntas de la 10 a la 17 de esta página para esta persona. <input type="checkbox"/> Solamente sin una cuota Si usted marca "Solamente sin una cuota", no consideraremos esta solicitud para programas que requieren una cuota.
	12. Lugar de Nacimiento	<input type="checkbox"/> EE.UU. <input type="checkbox"/> Otro País _____	<input type="checkbox"/> EE.UU. <input type="checkbox"/> Otro País _____	<input type="checkbox"/> EE.UU. <input type="checkbox"/> Otro País _____
13. Estado de Ciudadanía de los EE.UU.	<input type="checkbox"/> Sí, un ciudadano de los EE.UU. <input type="checkbox"/> No, no es un ciudadano de los EE.UU. Si no, ¿cuál es el número en su tarjeta de inmigración? ID# A _____	<input type="checkbox"/> Sí, un ciudadano de los EE.UU. <input type="checkbox"/> No, no es un ciudadano de los EE.UU. Si no, ¿cuál es el número en su tarjeta de inmigración? ID# A _____	<input type="checkbox"/> Sí, un ciudadano de los EE.UU. <input type="checkbox"/> No, no es un ciudadano de los EE.UU. Si no, ¿cuál es el número en su tarjeta de inmigración? ID# A _____	<input type="checkbox"/> Sí, un ciudadano de los EE.UU. <input type="checkbox"/> No, no es un ciudadano de los EE.UU. Si no, ¿cuál es el número en su tarjeta de inmigración? ID# A _____
	14. ¿Este menor o los padres del menor o su cónyuge trabajan para una agencia gubernamental?	<input type="checkbox"/> Sí Si Sí, ¿nombre de la agencia? _____ <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí Si Sí, ¿nombre de la agencia? _____ <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí Si Sí, ¿nombre de la agencia? _____ <input type="checkbox"/> No
15. Nombre del/de los padre(s) que NO viven en el hogar (Se necesita para Medicaid)	Madre _____ Padre _____	Madre _____ Padre _____	Madre _____ Padre _____	Madre _____ Padre _____
	16. Dirección y # de Teléfono del/de los padre(s) que NO viven en el hogar (Se necesita para Medicaid)	<input type="checkbox"/> Fallecido/a <input type="checkbox"/> Desconocido/a Calle _____ Ciudad Estado Código Postal _____ Teléfono _____	<input type="checkbox"/> Fallecido/a <input type="checkbox"/> Desconocido/a Calle _____ Ciudad Estado Código Postal _____ Teléfono _____	<input type="checkbox"/> Fallecido/a <input type="checkbox"/> Desconocido/a Calle _____ Ciudad Estado Código Postal _____ Teléfono _____
NOTAS				

Proporcione información sobre los ingresos de cada persona que aparece en la lista de esta solicitud. Tipos de ingresos incluyen empleo por cuenta propia, salario, manutención de menores, beneficios del Seguro Social, beneficios para Veteranos, beneficios por discapacidad, ingresos de jubilación o de pensión, subvenciones para educación o becas, dinero que alguien le haya dado o prestado, intereses en cuentas financieras, o cualquier otro dinero que alguna persona en la lista de esta solicitud reciba.

I. ¿Alguna de las personas incluidas en esta solicitud trabaja por cuenta propia?

- No Si responde que no, pase a la pregunta J.
- Yes Cuando empezaba trabajar por su cuenta propia? _____
 ¿Cuál es el promedio del ingreso mensual antes de las deducciones? _____ ¿El promedio mensual de gastos? _____
 Escriba el nombre de la persona que trabaja por cuenta propia: _____ Y escoja una de las siguientes selecciones de abajo.
 - Yo no espero un cambio en la cantidad de ingresos que voy a recibir este año en comparación con los ingresos que recibí el año pasado trabajando por cuenta propia. *Adjunte la declaración de los Impuestos Federales más reciente: 1040, SE y los anexos correspondientes, como C, C-EZ, E, F y K-1. Si usted no tiene declaraciones de impuestos federales, adjunte prueba de ingresos de negocios del último y del actual mes calendario. Incluya copias de recibos de todos los gastos relacionados con los negocios. Para más información vea la página C.*
 - Yo espero un cambio en la cantidad de ingresos que voy a recibir este año en comparación con los ingresos que recibí el año pasado trabajando por cuenta propia. *Adjunte pruebas de ingresos de negocios del mes calendario pasado y de lo que va de este mes. Incluya copias de recibos de todos los gastos relacionados con negocios. Para más información vea la página B.*

J. Por favor suministre toda la información sobre cualquier otro ingreso para todas las personas nombradas en la lista de esta solicitud.

Nombre de la persona que recibe ingresos	Tipo de Ingreso	Nombre y dirección del patrón, agencia, institución financiera o persona de la cual proviene el ingreso	Número de teléfono del patrón, agencia o persona	¿Cada cuánto le pagan? (semanalmente, por quincena, mensualmente, por trimestre, anualmente, etc.)	Ingreso total(antes de las deducciones) que recibe cada vez	Horas trabajadas por periodo de pago	Cantidad por hora	Horas de tiempo extra trabajado por periodo de pago	Cantidad por hora por tiempo extra
					\$ por período		\$ por hora		\$ por hora
					\$ por período		\$ por hora		\$ por hora
					\$ por período		\$ por hora		\$ por hora
					\$ por período		\$ por hora		\$ por hora

Por favor adjunte pruebas de todos los ingresos recibidos durante este mes y el último mes para todas las personas nombradas en la lista de esta solicitud. Si una persona recibe ingresos por trimestre, cada seis meses, una vez al año, etc., adjunte pruebas del último mes en que recibió ingresos. Envíe pruebas como:

- ✓ Talonarios de cheques por cada día de pago del último mes y de este mes o una carta o nota de su patrón donde aparezcan sus ganancias por ese período antes de los impuestos y de otras deducciones.
- ✓ Una nota o carta de su patrón donde se dé el total del equivalente monetario de pagos que alguien en su hogar recibió a cambio de trabajo y que no fueran dinero (alquiler gratis, etc.).
- ✓ Si a usted le pagan de acuerdo a un contrato, envíe una copia del contrato.
- ✓ Una nota o carta de cualquier persona que le haya dado o prestado dinero donde aparezca la cantidad y se explique si el dinero fue dado como regalo o como préstamo.
- ✓ Seguro Social, Oficina de Veteranos o cartas de indemnización industrial que indiquen la cantidad que usted recibe cada mes.
- ✓ Estado de cuentas del banco sobre ingresos por intereses o dividendos.
- ✓ Prueba de todos los pagos de manutención de menores recibidos en este mes y en el último mes o la copia de su orden judicial.
- ✓ Si usted no recibe suficientes ingresos para cubrir sus gastos mensuales (casa, comida, transporte, etc.) incluya una declaración firmada y fechada explicando cómo hace para pagar por ellos.

NOTAS

K. ¿Alguna persona en la lista de esta solicitud espera un cambio en sus ingresos durante los próximos 6 meses?

	SÍ	NO		SÍ	NO		SÍ	NO
Tiempo Extra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Propinas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cambio Empleo Temporal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cambio Diferencial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Comisiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bonos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Permiso sin Goce de Sueldo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reembolsos tales como gas, uniformes, kilometraje, etc..				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si usted marcó que SÍ, explique QUIÉN, DÓNDE, CON QUÉ FRECUENCIA y CUÁNTO cambiará la cantidad de ingresos recibida _____

L. ¿Alguien en la lista de esta solicitud perdió su trabajo en los últimos dos meses?

No Sí De ser así, quién: _____ Fecha en que trabajó por última vez _____ Última fecha de pago _____
(Adjunte prueba de la cantidad pagada por este trabajo el mes pasado y este mes.)

M. En los próximos 6 meses, ¿alguna persona en la lista de esta solicitud espera recibir ingresos de cualquier otra fuente (tal como un nuevo trabajo, seguro por desempleo, un acuerdo legal, etc.)?

No Sí Si usted marcó que SÍ, explique QUIÉN, DÓNDE y CON QUÉ FRECUENCIA _____

N. ¿Aproximadamente cuánto gasta al mes en comida, ropa, habitación, servicios públicos, teléfono, gastos de carro, seguro, pagos ordenados por el tribunal como manutención de menores y pensión alimenticia y otros gastos? _____**O. Alguien le ayuda con sus gastos mensuales o le ayuda pagar sus cuentas?** No Sí

Si sí, quien le ayuda, y como? _____

P. ¿Alguna persona en la lista de esta solicitud es una persona que está empleada y tiene una discapacidad que va a durar por lo menos 12 meses?

No Sí Si sí, quién: _____

Personas discapacitadas que están empleadas pueden tener un límite de ingresos más alto.

Q. ¿Alguna de las personas incluidas en esta solicitud es responsable por el pago de servicios médicos recibidos este mes o el mes pasado?

No Sí Si sí, quién: _____ ¿Quién recibió las atenciones médicas? _____

R. ¿Alguien en la lista de esta solicitud está a cargo de las cuentas por el cuidado de algún niño o adulto incapacitado para que una persona en esta lista pueda trabajar? No Sí Si sí, complete la información a continuación.

Nombre de la persona que necesita ser cuidada	¿Qué cantidad se cobra?	¿Cada cuánto? (a diario, semanalmente, mensualmente)	Nombre de la persona que suministra los cuidados	Número de teléfono de la persona que suministra los cuidados

NOTAS

- S. ¿Está alguna persona de 18 a 21 años de edad de la lista de esta solicitud asistiendo a la escuela? Sí No
 ¿Alguna de las personas incluidas en esta solicitud es menor de 18 y trabaja y estudia? Sí No

Si respondió que Sí a cualquiera de las preguntas de arriba, suministre la información a continuación.

Nombre del estudiante	Estado del estudiante	Fecha en que espera graduarse	Nombre de la escuela	Número de teléfono de la escuela
	<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo			
	<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo			

- T. ¿Hay alguien en esta lista menor de 21 años que era un niño/a de cuidados de crianza por medio del Departamento de Seguridad Económica (DES) al cumplir los 18 años?

No Sí Si sí, quién: _____

Personas menores de 21 que estuvieron en cuidados adoptivos del DES de Arizona hasta su 18º cumpleaños son elegibles para AHCCCS.

- U. ¿Alguna persona de la lista de esta solicitud que tiene 65 años de edad o más o que está discapacitada necesita cuidados en una casa de reposo u hospicio, ayuda para vestirse, bañarse, para hacerse su aseo personal, para comer, o para movilizarse dentro de su casa, o terapias como foniatría o terapia respiratoria?

No Sí Si sí, quién: _____

Esta persona podría ser elegible para servicios por medio del Sistema de Cuidados a Largo Plazo (Arizona Long Term Care System [ALTCS]).

- V. ¿Alguien en la lista de esta solicitud tiene cobertura de seguro de salud que no sea AHCCCS? Sí No
 ¿Alguien en la lista de esta solicitud tuvo seguro de salud en los últimos 3 meses? Sí No

Si respondió que Sí a cualquiera de las preguntas de arriba, suministre la información a continuación.

Nombre de la(s) persona(s) con seguro	Nombre de la compañía de seguros	Número de teléfono de la compañía de seguros	Número de póliza	Si la cobertura terminó, fecha en la que terminó

- W. ¿Hay una orden judicial para que un/a padre/madre que no vive en el hogar suministre manutención médica, tal como seguro de salud, para un/a niño/a?

No Si Sí, ¿para cuál(es) niño/a(s): _____

- X. ¿Alguno/a de los/las solicitantes tiene una herida o enfermedad que es consecuencia de un accidente o negligencia médica?

No Sí Si sí, quién: _____

- Y. ¿Algún/a niño/a en la lista de esta solicitud tiene un enfermedad crónica (condición médica que requiere tratamiento frecuente y continuo y que de no ser tratada en forma adecuada afectará seriamente la salud total de la persona)?

No Sí Si Sí, quién: _____

Condición: _____

quién: _____

Condición: _____

- Z. ¿Tiene algún/a niño/a en esta solicitud una enfermedad seria que no está en la lista de arriba (condición médica o mental que de no ser tratada puede resultar en muerte, discapacidad, desfiguración, o problemas de funcionamiento)?

No Sí Si Sí, quién: _____

Condición: _____

quién: _____

Condición: _____

NOTAS

Cooperación:

Entiendo que especialistas en elegibilidad de AHCCCS, DES o KidsCare revisarán mi solicitud para Seguro de Salud de AHCCCS y se comunicarán conmigo si necesitan más información.

Estoy de acuerdo en:

- Suministrar toda la información y pruebas necesarias para llegar a una decisión con respecto a esta solicitud;
- Identificar a cualquier persona que pueda ser responsable por los cuidados médicos de todos los solicitantes, incluyendo pero sin limitarse a: seguro de salud y discapacidad, reclamos de accidentes y seguros, acuerdos legales y órdenes de ayuda para gastos médicos;
- Notificar si la información que he dado en esta solicitud cambia;
- Pagar una cuota, si se requiere, en la fecha mensual requerida;
- Suministrar toda la información y pruebas al personal estatal y federal que hace la revisión del control de calidad de la elegibilidad de cualquier persona a la que se le aprueba el Seguro de Salud de AHCCCS; y
- Suministrar toda la información y pruebas a la DES Division of Child Support Enforcement (Oficina del DES Encargada del Cumplimiento de la Manutención de Menores, cuyas siglas en inglés son DCSE) para obtener ayuda para gastos médicos de parte de cualquier padre que esté ausente del hogar. Esto puede requerir la determinación de paternidad. (Esto se aplica solo si usted es un padre/una madre de un/a niño/a menor de 18 años de edad al/a la que se le ha aprobado Medicaid y si usted está solicitando Medicaid para usted. Usted puede reclamar causa legítima para no suministrar información o prueba si usted puede demostrar que esto podría resultar en daño físico o emocional para usted o el/la niño/a.)

Pago:

Entiendo que si estoy de acuerdo en pagar una cuota y si se requiere una, debo pagar la cuota mensual antes de la fecha de vencimiento o mi cobertura de Seguro de Salud de AHCCCS será suspendida.

Autorización para Acceso de Información de HIPAA:

Estoy de acuerdo en permitir acceso a mi información personal y financiera en esta solicitud, incluyendo formularios suplementarios e información de apoyo a AHCCCS o DES con el propósito de determinación de derechos a Seguro de Salud de AHCCCS.

Doy permiso de que:

- A la agencia encargada de elegibilidad para que se comunique con cualquier otra fuente necesaria para verificar la información que se requiere para determinar si la elegibilidad para el Seguro de Salud de AHCCCS es correcta;
- El acceso a información de cualquier fuente que tenga información, incluyendo a información sobre la salud protegida que se incluye en documentos de cobro financieros, cuando se necesite para determinar derechos a Seguro de Salud de AHCCCS;
- El acceso a información por medio de AHCCCS o la Administración de Premium Sharing o sus agentes a una agencia contratada para pagar sus cuentas médicas; y
- El acceso a información a DES/Division of Child Support Enforcement (DCSE), si soy el padre/la madre de un/a niño/a que no vive conmigo y si el/la niño/a tiene Seguro de Salud de AHCCCS. DCSE puede utilizar esta información para obtener una orden de ayuda para gastos médicos; y

Entiendo que:

- Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento enviándole una notificación de revocación por escrito a AHCCCS. Esta autorización será revocada cuando AHCCCS reciba una revocación por escrito, pero la revocación no se aplicará a información que ya haya sido dada como respuesta a esta autorización.
- A menos que haya sido revocada antes, esta autorización expirará cuando mi solicitud de asistencia por medio de AHCCCS sea retirada o rechazada, o cuando mis derechos a asistencia por medio de AHCCCS terminen.
- Esta autorización continuará mientras yo me encuentre impugnando mis derechos en una audiencia administrativa o en un proceso judicial.

Asignación de Derechos para otros tipos de protección médica:

Entiendo que si soy aprobado o miembros de mi familia son aprobados por el Seguro de Salud de AHCCCS, AHCCCS puede cobrarle a cualquier otra parte que pueda ser responsable de pagar nuestros gastos de salud. Esto incluye:

- Seguros de salud privados o pagados por patrón (no incluye Medicare)
- Personas, tales como el cónyuge ausente o padre/madre, quien es legalmente responsable de proveer por gastos médicos
- Seguros por discapacidad privados o pagados por patrón
- Seguros de accidente privados o pagados por patrón
- Reclamos de seguros, otorgamientos de jurados, o acuerdos legales por lesiones.

Entiendo que AHCCCS no puede cobrar más de los costos pagados por AHCCCS. También entiendo que debo dar información sobre otras partes responsables y tomar cualquier acción que sea necesaria para recibir pagos por cuidados de salud. Esto incluye la determinación de paternidad de mis hijos, a menos que yo pueda probar que tengo justificación importante para no hacerlo.



MUY IMPORTANTE – DEBE FIRMAR
Necesitamos su firma para procesar esta solicitud.



Declaración de Verdad: Juro bajo pena de cometer perjurio que las declaraciones dadas en esta solicitud y cualquier otra declaración que di (o que daré) durante el proceso de solicitud son verdaderas y correctas a mi mejor saber. Las fotocopias que di (o que daré) son iguales que los documentos originales. Leí y entendí toda la información de arriba, incluso la advertencia sobre posibles cargos legales y las penas por dar información falsa.

↕ Firma del solicitante, adulto responsable o representante autorizado ↕	Escriba su nombre en letra de molde (Apellido, Nombre, Segundo Nombre)	Fecha	Relación
Firma de otro adulto que solicita	Escriba su nombre en letra de molde (Apellido, Nombre, Segundo Nombre)	Fecha	Relación
Firma de Testigo si firmó con una marca	Escriba su nombre en letra de molde (Apellido, Nombre, Segundo Nombre)	Fecha	Relación

Si usted desea que la agencia encargada de elegibilidad le ayude a obtener pruebas de un patrono, llene la sección que aparece a continuación.

Autorizo a mi patrono a dar acceso a cualquier información que se necesite para decidir si puedo obtener un Seguro de Salud de AHCCCS.		
Firma de otros miembros del hogar que trabajan	Escriba su nombre en letra de molde (Apellido, Nombre, Segundo Nombre)	Fecha

Gracias por llenar esta solicitud para Seguro de Salud de AHCCCS.

Antes de enviar esta solicitud, por favor revise lo siguiente:

- Contesté todas las preguntas en la solicitud.
- Puse mi número de teléfono y dirección postal en la solicitud.
- Incluí prueba de ingresos para todas las personas en la lista de la solicitud.
- El/la solicitante, que es un/a adulto/a responsable, o un/a representante autorizado/a firmó y puso la fecha en la solicitud.
- Lós otros solicitantes firmaron y pusieron la fecha en la solicitud.